

始良市養育医療内容変更申請書

医療券に記載されている受給者番号

受療者(乳児)の性別(男/女) 生年月日 年 月 日

保護者氏名 住所 電話()

受療者世帯記入欄

症状の概要

1 一般状態	(1) 運動不安・痙攣 (2) 運動異常
2 体温	(1) 摂氏34度以下
3 呼吸器 循環器	(1) 強度のチアノーゼ持続 (2) チアノーゼ発作を繰り返す (3) 呼吸数が毎分50以上で増加傾向 (4) 毎分30以下 (5) 出血傾向が強い
4 消化器	(1) 生後24時間以上排便がない (2) 生後48時間以上嘔吐が持続 (3) 血性吐物・血性便がある
5 黄疸	(1) あり (強・中・弱) (2) なし
その他の所見 (合併症の有無等)	

医療機関記入欄

医療の内容(投薬/使用/酸素投与/鼻呼吸器/注射その他)

変更内容	項目	変更前	変更後
変更内容	診療予定期間	年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日から 年 月 日まで
	その他の変更 (転院等)		

変更(継続・転院)の理由(症状の経過等)

上記のとおり診断します。
年 月 日

医療機関の名称及び所在地
医師氏名

上記のとおり申請します。

受療者世帯記入欄

申請者(保護者)氏名